

大阪市小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

新規（転入） ・ 更新 ・ 変更注

注 変更申請の場合は、受診者欄と申請者欄のみ記載してください。

受診者	ふりがな			受給者番号 (お持ちの方のみ)							
	氏名			生年月日	年	月	日	(	歳)		
	住所	〒	区	電話番号	(	)	-				
受診者が加入する医療保険	被保険者氏名						受診者との続柄				
	保険種別 (いずれかに○)	国民健康保険（大阪市・業種別） ・ 被用者保険（全国健康保険協会・組合健保・共済）									
	保険者	名称				記号・番号	記号				
番号					番号						
疾病名											
受診指定医療機関	名称	※主に利用する医療機関1箇所を記載してください			所在地						
	重症患者認定	重症患者認定基準を満たしている方				<input type="checkbox"/> 該当する	<input type="checkbox"/> 該当しない				
自己負担上限月額の特例	人工呼吸器等装着者	対象疾病に起因し、継続して常時、人工呼吸器又は体外式補助人工心臓等を装着する必要がある、日常生活動作が著しく制限されている方				<input type="checkbox"/> 該当する	<input type="checkbox"/> 該当しない				
	高額かつ長期	申請月を含めた直近1年間の本制度認定期間内に、承認疾病にかかる医療費の総額(10割分)が5万円を超える月が6回ある方				<input type="checkbox"/> 該当する	<input type="checkbox"/> 該当しない				
	世帯内按分特例	医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は特定医療費(指定難病)の認定患者(申請中含む)がいる方				<input type="checkbox"/> 該当する	<input type="checkbox"/> 該当しない				
		按分対象者	氏名	受給者番号		指定難病 ・ 小児慢性					
更新申請	小児慢性特定疾病児童手帳の再交付について (病状や治療経過等の記録を自身で行うための手帳で、新規登録時に交付しているもの)				<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない					
転入申請	本市への転入日		転入前の受給者証発行自治体		転入前の受給者番号						

●小児慢性特定疾病医療費の支給開始日にかかる申し立て

小児慢性特定疾病医療費の支給開始日について、疾病の状態の程度を満たしていることを診断した日まで遡ることが可能なため、医療意見書(※)に記載されている診断年月日など、小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記入してください。ただし、申請日からの遡りの期間は原則1か月とし、診断年月日から1か月以内に申請を行わなかったことについてやむを得ない理由があるときは最長3か月となります。

小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日	申請日から1か月以上(最長3か月まで)遡る場合(左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている場合)、該当する理由に☑してください
年 月 日	<input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他( )

ただし、支給開始日については、診断年月日や遡りが可能な期間を考慮して決定されます。記載した日付とならない場合もありますので、予めご了承ください。

大阪市長 様

上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。この認定に必要な場合は、私及び支給認定基準世帯員等の個人市民税課税台帳等関係公簿等の閲覧・照会のほか、医療保険上の所得区分の認定に必要な場合、保険者への情報の提供に同意します。なお、以上の内容について同世帯員等全員の承諾を得ています。

年 月 日

申請者※	ふりがな		受診者との続柄	日中の連絡先の電話番号
	氏名			( ) -
	住所(受診者と異なる場合のみご記入ください。)	〒 - 受給者証送付先 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 受診者住所		

※申請者は、支給認定の申請を行おうとする小児慢性特定疾病児童(児童福祉法第6条の2第2項第1号に規定する小児慢性特定疾病児童をいう。)の保護者又は成年患者(同項第2号に規定する成年患者をいう)となります。

また、受診者が成年患者である場合は、本人名義で申請手続きを行う必要があります。受診者本人による手続きが難しく、ご家族等が申請者として申請される場合は「委任状」が必要となります。なお、法定代理人が申請する場合は「委任状」は不要です。

保健福祉センター受付印

保健福祉センター記入欄	現在の受給者証の記載内容	有効期限(～ ) 階層区分( )				保健師面接		
	申請者の個人番号確認書類	高額かつ長期(有・無) 世帯内按分(有・無)				済・未		
保健所記入欄	重症	呼吸器	高額長期	按分難・小	階層区分	自己負担上限月額	適用区分	住基確認
	保変							
	～							

## 小児慢性特定疾病の医療費助成の申請における医療意見書情報の研究等への利用についての同意書

厚生労働大臣 殿

私は、  
下記の説明を読み、小児慢性特定疾病の医療費助成の申請に当たり提出した医療意見書の情報が①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下も記名してください。

患者氏名 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_

### <本同意書に関する説明>

小児慢性特定疾病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施のため、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき医療費助成の実施をしています。これらの申請時に提出していただく「医療意見書」は、医療費助成の対象となるか否かの審査に用いられますが、加えて、同意をいただいた方については、記載されている情報を厚生労働省のデータベースに登録し、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発や政策立案等にも活用させていただきます。

本紙をお読みいただき、医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されることや、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意いただける場合は、上記にご署名頂き、「医療意見書」とともに、申請先の都道府県、指定都市、中核市又は児童相談所設置市（特別区を含む）へ提出ください。

また、同意をいただいた後も、その同意を撤回することができます。同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回することも可能です。なお、同意については任意であり、同意されない場合も医療費助成の可否に影響を及ぼしません。

### <データベースに登録される情報と個人情報保護>

厚生労働省のデータベースに登録される情報は、医療意見書に記載された項目です。医療意見書については、以下の URL をご参照ください。

<https://www.shouman.jp/disease/download>

厚生労働省のデータベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築しています。データベースに登録された情報を研究機関等の第三者に提供するに当たっては、厚生労働省の審議会における審査を行います。患者個人を識別することができない「匿名加工」を行うため、患者個人の氏名や住所等の情報は第三者に提供されません。提供された情報を活用した研究成果は公表されますが、その際にも、個人が特定される情報が掲載されることはありません。

また、提供された情報を活用する企業等に対しては、情報漏洩防止のための安全管理措置等の情報の取扱いに関する義務が課されます。義務違反の場合には、厚生労働大臣による立入検査や是正命令が行われるとともに、情報の不適切利用等に対して罰則があります。臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者等から主治医を介して説明が行われ、皆様の同意を得ることになります。

### <データベースに登録された情報の活用方法>

厚生労働省のデータベースに登録された情報は、  
①国や地方公共団体が、小児慢性特定疾病対策の企画立案に関する調査  
②大学等の研究機関が、小児慢性特定疾病児童等の良質かつ適切な医療の確保や療養生活の質の維持向上に資する研究  
③民間事業者等が、小児慢性特定疾病児童等の医療・福祉分野の研究開発に資する分析等  
を行う場合に活用されます。

例えば、製薬企業等が、創薬のために、開発したい治療薬の対象患者の概要把握（重症度等の経過・治験の実行可能性等）や治験で使用する指標の検討等に活用することが想定されます。

### <同意の撤回>

同意をいただいた後も、情報の登録や、登録された情報の研究機関等の第三者への提供・利用について、同意を撤回することができます。いただきました同意の撤回書を踏まえて、厚生労働省において速やかに対応いたします。必要な手続きは、厚生労働省ホームページを確認してください。同意撤回後に、その情報が第三者に提供されることはありませんが、既に情報を提供している場合等には、その情報の削除はできませんのでご了承ください。

なお、同意の撤回は、同意書に署名した方が代理人の場合は、原則として当該代理人の方の署名をお願いします。ただし、同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回する場合においては、この限りではありません。

### ■ 申請に際しての注意

- ① 申請受付から、審査結果が出るまでに、通常2か月程度かかります。（指定医に内容確認を行う場合は、審査に2か月以上かかることがあります。）
- ② 有効期間の始期は、診断年月日または申請から原則1か月（やむを得ない理由がある場合は最長3か月）前の日のいずれか遅い日となります。更新申請の場合、有効期間内に手続きをしていただく必要があります。有効期間を過ぎて申請をされた場合は、新規申請となります。
- ③ 医療受給者証が届くまでの間は、医療機関により支払いを待ってもらえる場合と、請求される場合があります。医療費をお支払いいただく際は、医療保険単独適用後自己負担分を一旦お支払いいただき、交付後、受診医療機関で精算していただいでください。精算が難しい場合は請求書に領収書等必要書類等を添えて大阪市へ請求してください。
- ④ 受診指定医療機関の欄には、主に利用する医療機関1箇所を記載してください。
- ⑤ 受給者証の記載内容に変更がある場合は、速やかに変更申請を行ってください。自己負担上限月額の変更については、原則、申請日の翌月1日から適用となります。